*Załącznik nr 2 do rozeznania rynku*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

*Dane Wykonawcy (nazwa, adres, nr telefonu,*

*NIP, REGON)*

Dotyczy rozeznania rynku na **zakup podręczników Nr OSB.ZP.462.2-464.3B/2017** w ramach Projektu pn. *„*Specjalistyczne przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób i rodzin” (pierwsza edycja szkolenia), współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014‐2020, II Osi priorytetowej Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji PO WER ‐ Działanie 2.5 Skuteczna pomoc społeczna (nr POWR.02.05.00-IP.03-00-003/15), obejmującego szkolenie w ramach specjalizacji II stopnia w zawodzie pracownika socjalnego oraz egzamin przed Centralną Komisją Egzaminacyjną do spraw stopni specjalizacji zawodowej pracowników socjalnych w zakresie nadania II stopnia specjalizacji zawodowej, prowadzonego przez Instytut Rozwoju Służb Społecznych

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany(a) …………………………………………………………………………………………………..

**oświadczam, że** Wykonawca jest/nie jest\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

……………………………………………………..

*podpis Wykonawcy*

\* Niepotrzebne skreślić